

精神に疾患は存在するか

北村俊則

【高橋隆雄, 北村俊則 (編) 医療の本質と変容 : 伝統医療と先端医療のはざままで. pp. 286-300. 九州大学出版会, 福岡, 2011.】

I. はじめに

(1) 操作的診断基準と疾患概念

各種精神疾患の取り決めをしているのが操作的診断基準である。その代表が 1980 年に発表されたアメリカ精神医学会の Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. (DSM-III) である。しかし、そもそもそのように決められた状態がひとつの疾患であるという保障については根拠が薄い。器質性精神疾患 organic mental diseases については生きている間のさまざまな検査所見や死後の病理所見から、診断基準によって規定された臨床状態が疾患であるとするものの妥当性が保障される。しかし、機能性精神疾患 functional mental diseases についてはこうした妥当性を保障する外的基準が存在しないのである。こうした機能性精神疾患を有するものが、例えば自殺などで死亡したとしても、病理解剖で原因たる異常は発見されない（もし原因と同定できる組織学的異常が見出せればそれは機能性精神疾患ではなく、器質性精神疾患になる）。

そもそも人間のある状態を疾患と呼ぶにはどのような条件が必要であろうか。本論では、精神疾患に病理性があるのかという疑義について検討を加える。

(2) 心理状態の連続性と疾患概念

DSM-III に代表される操作的診断基準はひとつの共通したフォーマットを持っている。それぞれの疾患概念（診断範疇）の操作的診断基準には (1) 必要な症状の数、(2) 規定された持続時間、(3) 他疾患からの除外規定 が備えられている。たとえば大うつ病性エピソードと診断されるには9つの症状項目のうち5つ以上が存在し、それが2週間以上持続していなければならない。また、その状態が身体疾患で説明され得ないことも求められる。本論で検討したいのは、症状数と持続時間という2つの診断条件である。大うつ病エピソードの9個の症状項目のうち4つしか存在しない事例は大うつ病エピソードと診断されない。また5個以上あればその項目数の多寡にかかわらず同一の診断名が与えられる。4個と5個の間に区分点を設定することに対する疑義はこれまでも呈され、議論されてきた (Maier, Gänssicke, & Weiffenbach, 1997; Maier, Lichterman, Minges, Eun, & Hallmayer, 1992; Pincus, Davis, & McQueen, 1999)。持続期間にしても同様である。抑うつ状態が発生して13日しか経過しなければ大うつ病でなく、その翌日には大うつ病になるというのは納得のいくものではない。「あり」か「なし」か、といった二者選択に合う結果が出るようになって

いる診断基準では、程度の強弱は必然的に切り捨てられることになる。

操作的診断基準がこうした性質を有しているのは歴史的背景がある。医療の目的は不調を訴えてきた、あるいは連れてこられた人（「患者」）に治療という処置を行うことである。処置を開始するか放置する（「様子を見る」）か、を判断することに始まる。従って、医療現場では「あり」か「なし」か、という範疇的評価が常に求められる。処置を開始する場合、何をするのが問題になる。胃の表面が掘れていても、それが悪性のもの（胃癌）か良性のものか（胃潰瘍）かの区別は患者・医師両者の重要事項である。このため操作的診断基準の多くは「あり」か「なし」か、といった二者選択に合う結果が出せるようになっているのである。

しかし、生命現象がこのように範疇的事象であることはむしろ稀である。本態性高血圧症の定義はあっても、それは加療対象とするかしないかの区分をするための便宜的取り決めでしかない。血圧そのもの連続量的変化を示すものである。収縮期血圧が 140 mmHg を超えれば本態性高血圧とするのは便宜的なものであり、138 mmHg と 142 mmHg の間に隔絶された質的変異が発生していると考えるのは無理がある。身体領域について見ても、多くの結果は連続量的数値で表される。操作的診断基準の内包する矛盾のひとつがここに存在する。

そこでまず、症状数が多ければ、そして持続時間が長ければ疾患であるという是非について次に論じよう。

II. 連続量的分布傾向を示す生命現象は病理的か？

（1）連続量を示す症状における疾患の妥当性

ある生命現象が連続量を示すのであればそれは生理的な変動であると考えるのがこれまでの医学の伝統であった。たとえば体温は常に一定の値を示すものではない。運動をした後に体温が上昇し、外気温が下がれば体温もある程度、低下する。こうした体温の増減は連続量を示す。こうした生理的変動は通常一定のパターンを示す。その一例が知能指数である。

知能検査を用いて出た値が知能指数である。知能指数は通常、正規分布を示す（図 1）。こうした分布を示す現象は多く多遺伝子 polygene で規定されている。こうした生命現象は遺伝と環境の双方の影響を受け、遺伝は単一の遺伝子によって規定されるのではなく、多くの遺伝子が関与している。同様なものは身長・体重などがある。

ここで確認しておかなければいけない点がある。それは器質的精神疾患と機能的な精神疾患の差である。脳実質に何らかの病理的変化（変性、炎症、外傷など）があるために心理的・行動的症状（せん妄などの意識障害、認知症に見られる知能の障害、脳実質の感染にみられる幻覚、頭部外傷後に見られるパーソナリティの変化など）があるのが器質的精神疾患である。一方、こうした病理的所見がない心理的・行動的症状を前景に持つ疾患が機

能性精神疾患である。器質性精神疾患は脳という身体 body の疾患であり、機能性精神疾患は脳の機能の一部であるところ mind の疾患であるといえよう。つまり行動や心理状態に「異常」が現れたとしても、それは機能的なものであるかもしれないし、器質的なものであるかもしれない。こうした思考方法は医学全般で伝統的に用いられてきた（そして今も用いられている）ものである。「器質的 organic」を「病理的 pathological」、「機能的 functional」を「生理的 physiological」という用語に置きかえることもできる。同じ発熱という生命現象（症状）でも、スポーツ後の体温上昇であれば生理的、つまり健康なものと考え、感染症による発熱は病理的なもの、つまり疾患の表れであると考えるのである。器質性精神疾患は病理的であり、身体疾患と考え、精神疾患から除外されてきたのも精神医学の歴史が物語っている。たとえば、進行麻痺 general palsy は多彩な精神症状を呈し、精神科医療の重要な疾患であった。しかし、その原因がスピロヘータの脳実質感染であることがわかってから、精神医学の表舞台から消えることとなった。

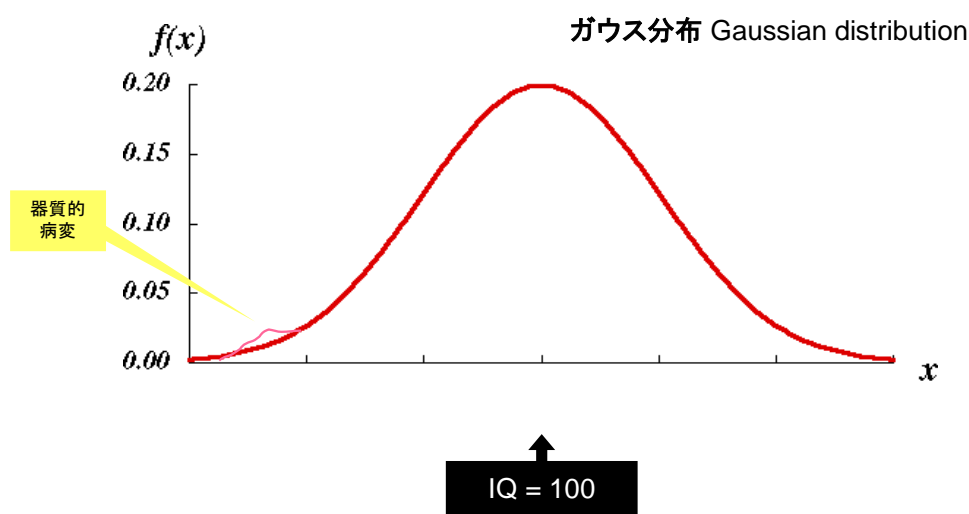


図1. 知能指数の正規分布

知能指数に話を戻そう。知能指数が70を下回ると知的障害と定義される。つまり、自然界の現象としては多遺伝子で規定され、正規分布を示す事象を、社会生活の不具合などの理由から便宜的にある一点で区分けをした結果が知的障害なのである。

ところで、知能指数の分布を仔細に眺めてみると、その低値（図の左側）の「裾」の部

分にわずかな盛り上がり認められる。こうした盛り上がりは知能指数の分布図の高値(図の右側)には認められない。知能指数の低い部分の盛り上がりは、なんらかの器質的原因(たとえば、代謝異常、脳の変性疾患など)による知能の低下状態である。つまり、知能が低い状態には2種類あることがわかる。ひとつは多遺伝子で規定される正常分布の一方の極に位置する知能の低い状態であり、もうひとつは明らかな脳の疾患の結果(症状)としての知能の低い状態である。知能指数が低いという外に現れた現象(phenotype)のみを見れば同じであるが、その発生が生理的なものと病理的なものが混在している。精神現象の異常・正常あるいは疾患・健康を議論する際、こうした「機能疾患」と「器質疾患」が見た目は同じ現象として現れることを認識していなければならない。

また、先にあげたスポーツ後の体温上昇(生理的発熱)も感染症による発熱(病的発熱)も、体温計で測る限り、同様の高熱であり、熱のみを見る限り、生理的なものか病理的なものかの区別はつかない。

(2) 精神症状数の分布

正規分布と同様に天然自然の変動の変動を示す曲線のもうひとつは指数関数曲線 exponential curve である。自然界の現象には、通常は全く見られず、あったとしても軽度であり、程度が重くなるほどその出現率が極端に低くなるものがある。こうした頻度分布図は指数関数に合致した曲線を示す(図2)。例えば、一日に吸うタバコの本数の頻度分布がこれに相当する。

日常的に見られる不安障害や気分障害は common mental disease と呼ばれている。この common mental disease の症状数の分布は指数関数の分布を示す。もし、病的特長を持った状態が存在するのであればそれは図の右側の裾野のどこかに盛り上がりとして観察されるはずである。もし、これが否定されれば、いくら症状数が多くとも、それは病理的なものではなく、むしろ生理的な変動の範囲内のものであるといえよう。ただしこれを検証するには膨大な数の被検者が必要である。

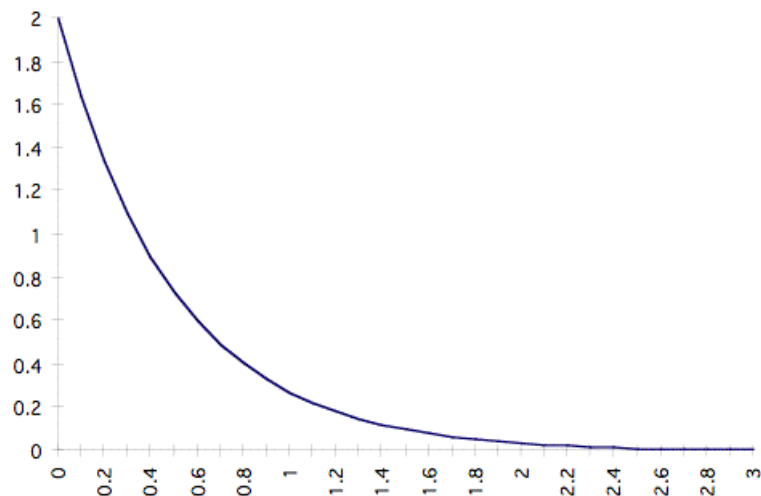


図 2.

こうした仮説のもとに、Meltzer, Tom, Brugha, Fryers, & Meltzer (2002) は 1993 年に施行した Office of Population Census and Survey の 9,500 人のデータをもとにこの課題を検討した。この調査では Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) という精神科疫学研究用の構造化面接を用い、抑うつ感、不安、恐怖など 14 個の精神症状がそれぞれの個人に存在するか否かを確認し、症状数をプロットした。ここに含まれる精神疾患は DSM-IV では気分障害、不安障害、身体表現性障害である。結果は、症状数のカーブは指数関数のカーブに一致し、仮定した盛り上がりは見られなかった。つまり、common mental disorder は病理的なものでなく、生理的変動の範囲内であったのである。

現在、機能性精神疾患といわれているさまざまな疾患も、現在は機能性と考えられていてもやがてはその病理的原因が同定されるという期待を持って、多くの研究者が生物学的研究を行っている。しかし、もし機能性精神疾患に病理的原因が存在しないのであれば、むしろそうした症状は生理的なもの、つまりスポーツのあとの体温上昇（発熱）に倣って、正常なものと考えべきではないだろうか。多少増えても減っても疾患ではない。こうした正常の変動から質的に逸脱した場合に限って疾患は考えられる。この場合に限って医療者や医学者は病理性に存在に確信がもてるのである。これまで機能性精神疾患といわれてきた疾患は病理性が存在するのであろうか。小論の議論の立脚点のひとつは、病理性がなければ正常と考えべきであり、多くの精神疾患はむしろ生理的なものである、というものである。

Ⅲ. 精神疾患は社会的に不適應か

(1) 精神疾患と社会的不適応

では、生理的現象（正規分布や指数関数分布を示す）がすべて正常＝健康といえるであろうか。疾患の定義の一部は、その状態の結果、健康被害が発生することであろう。虫歯（う歯）があれば（無治療の結果）やがて歯を失い、咀嚼力が低下し、栄養バランスが悪くなり、そのため長期的に見れば、さまざまな疾患になったりする。心室の壁に穴があれば心臓への負担が経常的に続き、結果としていずれかの時点で心不全を起こすであろう。無治療のガンは進行の結果、平均より早い時期に死亡する。こうした健康被害があれば、たとえその頻度分布が生理的それが示すような分布を示したとしても、疾患と呼ぶべきであるという主張はご目的性のあるものである。

もし、精神疾患が健康被害を引き起こすのであれば、生理的なものであっても疾患と呼ぶべきものかもしれない。次に、一般人口でよく見られる精神疾患についてその健康被害について考えてみよう。

(2) 悲哀反応とうつ病

不幸な出来事、望ましくない出来事のあとで、気分がめいり、食欲や意欲が低下し、夜も寝られず、家事や仕事も集中できず、自分を卑下して考えてしまう状態がうつ病である。うつ病を引き起こす不幸な出来事の多くは、何らかの喪失体験であることが知られている。ところで、喪失体験のなかでもストレスの強いものは愛する人との死別である。愛する人と死に別れたあとの抑うつ状態を悲哀反応あるいは死別反応と呼ぶ (Strobe, Hansson, Strobe, & Schut, 2001)。場合によっては何も手につかず寝込んだり、また何年も悲しみをもち続ける場合もある。本来できていた社会生活が送れない状態が年余にわたりたり持続する状態は異常とってよいであろう。死別反応、ことに症状数が多く、長期持続する死別反応は異常と考えられる。その一方、症状が軽いほど、症状数が少ないほど、健康に近づき、症状が皆無であれば完璧な健康であるはずである。しかし、悲哀反応の場合、そのことは該当するのであろうか。

ある男性は仕事最優先の有能なサラリーマンで、社内でも同期で最初に課長に就いた。将来の重役候補といわれていた。ある日、妻が突然死したが、通夜と葬儀の日は仕事を休んだものの、葬儀の翌日から出勤し、平常どおり残業もこなし、仕事の能率も落ちなかった。彼と同期の友人が集まって慰める会を催しても、涙ひとつ見せなかった。悲しみを外に出さないように我慢しているのだろうと思い、ある友人が彼の両親や兄弟と話しても、我慢しているようなところはなかった。では、死別反応の症状をひとつも呈さず、機能の障害も皆無のこの男性サラリーマンこそ精神的に最も健康な人間であろうか。こうした男性を「どこか変だ」と感じるものも多いはずである。愛する人を亡くした後に、悲しむことのほうはよほど人間的で健康的である。流した涙の数は、亡くした人への愛情に比例するのではないだろうか。

(3) 不安とその後の死亡率

Lee, Wadsworth, & Hotopf (2006) は 4,000 人の一般人口を対象にして 13 歳、15 歳、16 歳で不安傾向を評価し、高不安群と低不安群に分け、それ以降の死亡を追跡調査した。すると、25 歳までの事故による死亡率が高不安群に比べ低不安群で有意に高い (13 歳児の低不安群で 5.9 倍、15 歳の低不安群で 1.8 倍、16 歳の低不安群で 2.8 倍) ことを見出した。一方、25 歳までの病死については高不安群と低不安群の間に差はなかった。また 25 歳以降 50 歳までの期間に同様の比較を行うと、今度は事故死率は両群間で差がない一方で、病死については高不安群に比べ低不安群で有意に低い (13 歳児の低不安群で 0.6 倍、15 歳の低不安群で 0.7 倍、16 歳の低不安群で 0.7 倍) ことが明らかになった。この研究では事故死の内訳について言及していないが、25 歳以前の事故死の多くは交通事故死であろう。この報告からわかることは、児童思春期の不安は、成人前期においては良好な生命予後の指標であり、一方それ以降については不良な生命予後の指標であることである。

不安障害は気分障害と並んで有病率の高い精神疾患である。不安障害にはいくつかの下位分類があるが、いずれも不安状態が一定以上になったものを疾患であると定義している。強い不安を呈する児童ほど事故死 (おそらくは交通事故死) に遭わないことは理解のできることである。不安がゆえに屋外での歩行、横断歩道での道の横断、あるいは運転中の左右の確認など、行動が慎重になり、その結果、大数で見れば死に至らずに済んでいるのであろう。一方、成人前期を越えてからの病死の増加についてはいくつかの仮説が考えられる。不安に関連する行動 (飲酒、喫煙など) が身体疾患の可能性を上げているのかもしれない。不安が強いことで免疫能が低下することも考えられる。

死亡は重大な健康被害であり、死亡率は粗いがしかし確実な健康指標である。疾患の定義のひとつである価値のなかで、「生きている」ことは (例外的状況を除けば) 多くの賛成を得られる健康価値である。もし、不安障害を不安の程度の強い状態であると規定するのであれば、強い不安のほうが 25 歳までの死亡率が低いことは疾患の定義 (生命価値) に反することになる。では、不安が低いことをもって疾患を定義したほうが良いのであろうか (「低不安性障害」)。一方、25 歳以降の病死率が上昇することを考えれば、児童思春期の不安は身体疾患の前駆症状と考えるべきなのであろうか。

類似のデータはノルウェーからも報告されている。Mykletun et al. (2009) は 20 歳以上の 6 万人の人口を 3 ~ 6 年間追跡し、不安の程度と死亡率の関係を調査した。性別、年齢、抑うつ、身体疾患で統制した上で、不安の程度が正常なものを 1.0 にすると、死亡率のオッズ比は、不安軽度で 0.83、不安中等度で 0.84、不安が重度で 0.96 と U 字のカーブを示すことが示された。不安がないものや不安が重度のものに比較すると、中程度の不安は低い死亡率に関連していたのである。

(4) 恐怖性障害

恐怖性障害は、個人が平均以上にある対象物や状況に対する強度の恐怖感を持ち、その

ためそうした対象物や状況を避ける行動をとるものである。そのため、社会生活上適応が困難になる。ところで恐怖性障害のうち、特定の恐怖性障害では特定の対象物や状況を普通異常に怖がり、回避するのである。ここに含まれる対象物や状況には、雷、高所、閉所、ある種の動物（犬、蛇など）、血や傷、先のとがった物などがある。こうした特徴を持たない人々は現代においても、たとえば橋の欄干の上を怖がりもせず歩き、結果として川に落ちて溺死してしまうであろう。

たとえば現代人にとっては10階の屋上から下を見ることは、バルコニーにガラスが張ってあるから転落の危険性もなく怖がる意味のないことである。しかし、そうした建築上の技術発展もない古代では、そうした高い崖の上から下を見ることは、場合によっては転落する可能性もある。雷、閉所、ある種の動物（犬、蛇など）、血や傷、先のとがった物などすべて、一定の危険性を伴うものであり、それを避けたいという感情はむしろ生命を安全に保つ機能を持っていた。一方、現代人が危険に曝される危険性の高い対象物のひとつである自動車について、強度の恐怖感を持つ人は（交通事故経験者のなかでも）少ない。

行動療法の考え方に従えば、ある脅威となる状況とセットになった刺激に暴露された個人のなかで、その刺激と恐怖感が心理内界で結合した場合に恐怖症が発生する。たとえば、無害な玩具を赤ん坊の前に提示し、同時に赤ん坊の背後で大きな音を立てることを繰り返すと、やがてその赤ん坊は（本来無害な）玩具を見ただけで強度の恐怖感を感じなくなる。従って、（本来無害な）刺激と恐怖感の結合を解き放すことが治療の目標となる。そうであれば交通事故の恐怖を体験すれば多くの人が自動車恐怖症になっても不思議はない。そうでないのは、おそらく人類の歴史上、蛇に対する恐怖感を持つ方が持たないよりも毒蛇にかまれる危険性が少ないからであり、自動車という危険物は、人類の歴史上、非常に新しいものであるからかもしれない。

（5）妄想性障害

周囲の人が自分を見張っている、自分に危害を加えようとしているなどと、現実にはない信念を抱くことを妄想と呼び、これが持続して社会適応に不都合が生じる状態を妄想性障害と呼んでいる。現在の日本で「だれかが私の命を狙っているかもしれない」という猜疑心を常に持っていれば、不適応を起こし、妄想性障害などの診断名がつくであろう。しかし、アパルトヘイト時代の南アフリカでは、こうした猜疑心を持つことの方が適応的であった。猜疑心の薄い人は当時の南アフリカでは殺される危険性があったのである。

現在の日本においても、ある程度の猜疑心を周囲の人に持つことによって、詐欺や置き引きなどの被害から身を守ることができる。

（6）統合失調症

幻覚・妄想などの陽性症状や引きこもり・感情鈍麻のような陰性症状を呈し、比較的長期の経過を辿るのが統合失調症である。全世界で見られる疾患であるが、その長期予後は

工業化国で悪く、発展途上国でむしろ良好であると言われている (Leff, Sartorius, Jablensky, Korten, & Ernberg, 1992)。同一の疾患ではあるが工業化国のストレスフルな環境でないほうがむしろ適応が良好なのである。社会環境の変化が疾患をして生命価値を低くするものになっているのであれば、障害と呼ぶべきは社会であって疾患ではない。

また、統合失調症の遺伝子は (もしあるなら) 何らかの適応的要素があるはずで、それは痛みに対する閾値の高さであると Huxley, Mayr, Osmond, & Hoffer (1964) は主張している。

(7) 創造性と精神疾患

作家、詩人、音楽家、美術家など、創造的作業で顕著な功績を挙げている人々に精神疾患の病歴があることは、病蹟学においていわれてきた。アイオワ大学の作家ワークショップに参加したものの 30 名、対照群 30 名について、診断用構造化面接で診断をつけたところ、気分障害の生涯有病率が前者で 80%、後者で 30% であった (Andreasen, 1987)。これは下位分類では双極性障害で明らかであった。さらに研究の対象となった作家の第 1 度親族をみると、親族内に創造的経歴を有するものが有意に多く、また気分障害も有意に多かった。

女性の作家 59 人と同数の対照群女性を比較した Ludwig (1994) は、作家群の生涯有病率が気分障害のみならず物質乱用、パニック発作、全般性不安なども有意に高いと報告している。気分障害や不安障害の危険要因として知られている neuroticism というパーソナリティ傾向が強いほど創造性が高いとの報告もある (Strong et al., 2007)。

だとすると、各種精神疾患と創造性は何らかの関連があり、人類が創造性を手にいれることと引き換えに、精神疾患を得たのかもしれない。あるいは、精神疾患に罹患するあるいは罹患する脆弱性が存在することが、創造的であることの基礎を作っているのかもしれない。

(8) 精神症状と社会的不適応

さて、不安、抑うつ感など、多くの人が体験する精神症状を眺めてみるとひとつの共通点があることに気がつく。それは、人間の生活・人生にとって不可欠の心理現象である点である。心的能力といってもよいであろう。抑うつ感情があるから、われわれは人を思いやることができる。不安感があるから、われわれは不測の事態に慎重な準備をすることができる。学生は試験に落ちるかもしれないという不安があるから、試験勉強をし、合格という結果を得ることができる。不安が皆無の学生は試験勉強をせず、結局、落第という結果を得る。恐怖感があるから、われわれは危険な崖の道を避けることができる。潔癖癖があるから、われわれは外出から帰宅すると丁寧に手を洗い、うがいをする。潔癖癖の皆無の人は悪性のインフルエンザが大流行していてもうがいをせず、感染して死んでしまう。身体へのこだわりがあるから、われわれは健康に留意できる。猜疑心があるから、われわれは悪徳商法から身を守ることができる。つまり、こうした心的能力がないとむしろ人間

は機能不全に陥るのである。

この考察は、最初に述べた操作的診断基準における精神疾患の概念規定、つまり症状数が多く、持続期間が長いほど疾患性が強いという概念と真逆の関係になっている。旧来の精神病理学者や診断学者は、疾患の状態というのは、こうした症状が平均より多いあるいは長期続いているので社会機能に障害を発生しているものだと主張している。この主張は一方的なものである。症状といわれる心的機能は本来、人間が社会的機能を維持するには不可欠のものであり、これが欠けていると重大な欠陥を呈し、一方、それらの心的機能が強くなりすぎるとそれはそれで重大な欠陥を呈するのである。機能と症状の程度の間逆U字型の関係が見られるのである。

身体疾患の代表としてガンを考えて見よう。ガンは古典的病理現象といえる。病理学者は細胞を顕微鏡で見て、その悪性度を5段階で評価する。最高の5がつくのが明らかなガン細胞である。最低の1がついた細胞はまったくの正常細胞である。ここには逆U字型の関係はない。病理所見と疾病性の間には直線関係が存在するのである。

特定の心理状態の程度が強くなって社会的不適応が生じたものが精神疾患である、と通常は考えられている。しかし、不適応か適応かの区分点はまさに個人が生活している社会が規定しているのではないか。DSM-IV-TRはその大部分を個別の診断の操作的定義に充てているが、序において精神疾患の定義について僅かに触れている。すなわち、「どんな定義によっても“精神疾患”の概念に正確な境界線を引くことができないことも認めなければならない」のである。しかし、あえて精神疾患の定義をすれば、「もとの原因が何であろうと、・・・その個人に行動的、心理的または生物学的機能不全が現れている」ものであって、「個人と社会の間に存在する偏った行動（例：政治的、宗教的、または性的）あるいは葛藤も、その偏りが葛藤が上に述べたように個人の機能不全の一症状でなければ精神疾患ではない」と加えている。しかし、機能不全が具体的にいかなるものかの明文の定義はなく、各診断カテゴリーに「社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害」という1行が必ず付加されている。

こうした定義は臨床上、役に立つ。機能の障害が非常に強ければ入院など集中した治療が必要になるし、非常に軽ければ疾患と呼ぶ必要もなくなる。しかし、この定義は同時に、DSM-IV-TRによる精神疾患は個体の属性のみではその有無の定義が出来ず、その個体が生活する環境との相互作用が期待される範囲か否かという情報があって初めて定義できることを示している。ある社会では疾患になり、別の社会では疾患ではなくなるような心理状態が存在するのである。

IV. 結論

連続量として評価できる多くの心理状態を臨床上の実務的必要性から、あたかも質的に異なるものであるかのように「あり」か「なし」で評価することから、精神現象に疾患に

存在を推定するようになった。疾患の本質をなすさまざまな心理状態は本来の機能を有している。それが、置かれた心理社会的環境との相互作用のなかで機能不全を呈し、そこから疾患であると考えられるようになったのである。

精神には器質的意味での疾患は存在しことを再確認することの社会的意味については稿を改めて論述したい。

参考文献

- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition) Text Revision. Washington D.C.: Author. 高橋三郎, 大野裕, 染谷利幸 (訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- Andreasen, N. C. (1987). Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 1288-1292.
- Huxley, J., Mayr, E., Osmond, H., & Hoffer, A. (1964). Schizophrenia as a genetic morphism. *Nature*, *204*, 220-221.
- Kurihara, T., Kato, M., Sakamoto, S., Reverger, R., & Kitamura, T. (2000). Public attitudes towards the mentally ill: A cross-cultural study between Bali and Tokyo. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *54*, 547-552.
- Lee, W. E., Wadsworth, M. E. J., & Hotopf, M. (2006). The protective role of trait anxiety: A longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, *36*, 345-351.
- Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., & Ernberg, G. (1992). The international pilot study of schizophrenia: Five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*, *22*, 131-145.
- Ludwig, A. M. (1994). Mental illness and creative activity in female writers. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1650-1656.
- Maier, W., Lichterman, D., Minges, J., Eun, R., & Hallmayer, J. (1992). The risk of minor depression in families of probands with major depression: Sex differences and familiarity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *242*, 89-92.
- Melzer, D., Tom, B. D. M., Brugha, T. S., Fryers, T., & Meltzer, H. (2002). Common mental disorder symptom counts in populations: Are there distinct case groups above epidemiologic cut-offs? *Psychological Medicine*, *32*, 1195-1201.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M., & Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: The HUNT study. *British Journal of Psychiatry*, *195*, 118-125.
- Pincus, H. A., Davis, W. W., & McQueen, L. E. (1999). 'Subthreshold' mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 288-296.
- Strobe, M. S., Hansson, R. O., Strobe, W., & Schut, H. (2001). *Handbook of Bereavement*

Research: Consequences, Coping, and Care. Washington D.C.: American Psychological Association.

Strong, C. M., Nowakowska, C., Santosa, C. M., Wang, P. W., Kraemer, H. C., & Ketter, T. A. (2007). Temperament-creativity relationships in mood disorder patients, healthy controls and highly creative individuals. *Journal of Affective Disorders, 100*, 41-48.